



FACULDADE PATOS DE MINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ALINE CHRISTINA ALVES

LARISSA ALVES QUEIROZ

SORRISO GENGIVAL: DIAGNÓSTICO E POSSÍVEIS

TRATAMENTOS

PATOS DE MINAS

2015

ALINE CHRISTINA ALVES

LARISSA ALVES QUEIROZ

SORRISO GENGIVAL: DIAGNÓSTICO E POSSÍVEIS
TRATAMENTOS

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientador: Prof.^a Esp. Alexandre Vianna

PATOS DE MINAS

2015

SUMÁRIO

Resumo	04
Abstract	05
Introdução	06
Revisão de Literatura	08
Características do sorriso gengival e avaliações para diagnóstico	08
Toxina Botulínica	09
Cirurgia Ortognática	14
Arco de Burstone	17
Gengivectomia	20
Considerações Finais	23
Referências	24
Lista de imagens	26

RESUMO

O presente estudo apresenta como objetivo avaliar as principais causas etiológicas e os possíveis tratamentos para a correção ou redução do sorriso gengival, condição essa, responsável por grande parte das queixas estéticas presentes no consultório odontológico. O nível de exposição gengival deve ser analisado para determinar se existe ou não a exibição excessiva de gengiva, fato que determinará se o sorriso é harmônico. Caso não seja, cabe ao cirurgião dentista detectar o fator preponderante em cada caso, e assim, determinar o diagnóstico correto e o tratamento adequado, sendo os principais a cirurgia ortognática, a aplicação de toxina botulínica e o arco de intrusão de Burstone. Embora nem todos os casos sejam tratados da mesma maneira e com os mesmos mecanismos, sendo necessário o conhecimento e capacitação do profissional para que o sucesso do procedimento seja alcançado.

Palavras-chave: sorriso gengival, cirurgia ortognática, toxina botulínica e arco de Burstone.

ABSTRACT

The present study presents the objective of evaluating the main etiological causes and possible treatments for correction or reduction of gummy smile, this condition, responsible for much of the aesthetic complaints present in the dental office. The level of gingival exposure must be analyzed to determine whether or not there is an excessive display of gum, fact that will determine whether the smile is harmonic. If not, it is the dentist surgeon who will detect the predominant factor in each case, and thus determine the correct diagnosis and appropriate treatment, the main ones being the orthognathic surgery, the application of botulinum toxin and the Burstone intrusion arch. Although, not all cases are treated the same way and with the same mechanisms, requiring knowledge and training of the professional for the success of the procedure is reached.

Key words: Gummy smile, Orthognathic surgery, Botulinum toxin and Burstone arch.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tema e Delimitação do tema

Este tema está abrangendo várias áreas da odontologia pelo fato da sociedade elevar cada vez mais os padrões de beleza. O sorriso gengival é um dos aspectos que mais incomodam o paciente ao sorrir pelo fato de apresentar uma grande quantidade de gengiva exposta, fugindo assim de um sorriso completamente harmônico. Por ter uma multifatoriedade causal devemos avaliar a principal etiologia do paciente para diagnosticar e avaliar possíveis tratamentos.

1.2 Formulação do Problema e Hipóteses

Como diagnosticar e quais os possíveis tratamentos para o sorriso gengival?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral:

Comparar os níveis de exposição gengival e mucosa durante o sorriso, para avaliar se há exposição excessiva da gengiva maxilar e determinar possíveis causas e tratamentos.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Detectar precisamente o fator causador preponderante em cada caso.
- Estabelecer quais as modalidades de tratamento indicadas para cada caso.
- Elaborar um esquema de tratamento para diferentes casos

1.4 Justificativa

A estética é um fator associado aos padrões de beleza, e influencia diretamente no convívio social. Ao apresentar uma exposição gengival maior que 3 mm ao sorrir, o indivíduo deixa de ter um sorriso esteticamente

harmônico e agradável, o que pode não ser bem aceito pelo público em geral.
(1)

Apesar de ser frequente, o sorriso gengival apresenta diagnóstico e tratamento escassos, sendo uma tarefa difícil para os profissionais, uma vez que a beleza do sorriso não depende apenas do posicionamento dentário, mas também de diversas estruturas anatômicas. É importante que os cirurgiões dentistas estejam atentos a causa do problema, o que auxiliará na decisão correta para estabelecer o plano de tratamento. (1)

1.5 Metodologia

A classificação da pesquisa será realizada através de um ponto de vista da abordagem do problema qualitativa onde serão explorados os conceitos a respeito do tema para detalhá-lo, a abordagem do objetivo será explicativa onde visa investigar possíveis fatores que irão contribuir para o acontecimento dos fatos, e os procedimentos técnicos bibliográficos será analisado a partir de materiais já publicados.

A fonte que vamos utilizar são artigos, adquiridos a partir de empréstimos em bibliotecas e sites de instituições de ensino superior. Com palavras chaves: sorriso gengival, cirurgia ortognática, toxina botulínica e arco de Burstone. O artigo utilizado na revisão será do ano de 2002 até 2014, estudos publicados em português, estudos de revisão da literatura e revistas. O período de realização do artigo será de setembro de 2014 a outubro de 2015.

2. REVISAO DE LITERATURA

2.1 Características do sorriso gengival e avaliações realizadas para diagnóstico:

Considera-se um sorriso esteticamente harmônico quando se expõe de 1 a 3 mm de gengiva ao sorrir, apresentando também uma correlação entre forma dos dentes, cor, lábio e gengiva. Em situações que se expõe mais que 3 mm este individuo apresenta um sorriso gengival, não apresentando uma estética agradável aos padrões de determinada sociedade. (1)

Essa exposição gengival regride com o passar dos anos devido a flacidez dos lábios superiores e inferiores, sendo que as mulheres apresentam um sorriso mais alto em relação aos homens, assim apresentando mais casos de sorriso gengival. (2)

O sorriso gengival é uma queixa frequente, observada pelos próprios pacientes que buscam um tratamento estético. Assim o cirurgião dentista deve ser cauteloso durante a anamnese por apresentar uma etiologia multifatorial sendo elas: excesso vertical maxilar; protrusão dentoalveolar superior; extrusão e/ou erupção passiva alterada dos dentes anterossuperiores, hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior. (2)

O profissional deve avaliar corretamente a causa que levou o paciente apresentar o sorriso gengival, e somente após um correto diagnostico do fator etiológico presente dar início ao plano de tratamento, sempre explicando ao paciente como será executado. (1)

Alguns aspectos que devem ser avaliados para diagnóstico serão:

Distancia interlabial em repouso: durante a avaliação da fotografia proximal dos lábios em repouso se a distância interlabial for de 1 a 3 mm, considerada normal, o sorriso gengival será de origem muscular, agora quando o espaço for maior que 3mm a causa poderá ser protrusão dos incisivos superiores ou excesso vertical maxilar. (2)

Exposição dos incisivos superiores durante o repouso: para essa avaliação deve ter em mãos uma radiografia cefalométrica em norma lateral com os lábios em repouso, e medir a distância entre a borda incisal do incisivo central superior e o contorno inferior do lábio superior.

Essa exposição em repouso nas mulheres deve ser de 2 a 4,5 mm e em homens de 1 a 3 mm. Quando a exposição for maior, as possíveis causas serão a extrusão dos incisivos superiores, padrão facial dolicocefálico, excesso de maxila ou lábio superior curto. (2)

Arco do sorriso: é a curvatura da união das bordas incisais dos dentes anterossuperiores, devemos lembrar que em mulheres essa curvatura é mais acentuada enquanto nos homens mais plana. Assim, em pacientes braquicefálicos essa curvatura é plana, enquanto em pacientes mesocefálicos e dolicocefálicos são mais acentuadas. (2)

Proporção largura/comprimento dos incisivos superiores: nesta avaliação devemos observar a largura dos incisivos onde os centrais devem apresentar 80% do seu comprimento e os laterais 70%, considerando assim uma melhor estética ao sorrir. Quando os pacientes apresentam sorriso gengival e coroas curtas, eles poderão apresentar duas etiologias sendo, redução em altura das bordas incisais dos dentes superiores ou aumentos gengivais. (2)

Características morfofuncionais do lábio superior: a principal relação do lábio superior com o sorriso gengival é a sua mobilidade ao sorrir. Quando essa mobilidade está associada à musculatura os pacientes apresentam todos os outros aspectos citados anteriormente normais, assim, apresentando como etiologia hipermobilidade do lábio superior. (2)

2.2 Tratamentos do sorriso gengival

2.3.1 Toxina botulínica:

A toxina botulínica começou a ser estudada na década de 70 por Scott, onde buscava sua utilização para meios terapêuticos, em 1973 foi utilizada no tratamento de estrabismo e com o passar dos anos os estudos avançaram e a toxina botulínica A passou a ser utilizada na medicina estética para a regressão dos sinais de envelhecimento. Em 2000 foi aprovado pela Anvisa sua utilização no Brasil, já nos EUA, foi aprovada em 2002 pela FDA. (3)

Em 2011 após várias pesquisas a TBX A ganhou espaço na Odontologia e trouxe um avanço em várias especialidades da área. Tornando-se uma opção

de tratamento para os pacientes, além de ser uma técnica minimamente invasiva. (4)

O grau de exigência frente aos padrões atuais de beleza está cada vez maior e muitos pacientes procuram a odontologia queixando-se sobre o excesso gengival. Uma causa multifatorial, onde o cirurgião dentista deve realizar uma anamnese cautelosa antes de diagnosticar o paciente e se dispor de recursos necessários para o tratamento. (5) Quando este apresentar uma hiperfunção do músculo elevador do lábio superior, o melhor procedimento indicado será o uso da toxina botulínica BTX (A). Existem sete tipos de neurotoxinas sendo elas nomeadas de A a G, onde a BTX (A) utilizada para meios terapêuticos e estéticos. (3)

Produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*, a toxina botulínica consiste em uma protease que provoca denervação química temporária dos músculos esqueléticos devido ao bloqueio da liberação mediada por Ca^{+2} de acetilcolina das terminações nervosas de neurônios motores alfa e gama, o que acarreta o enfraquecimento dose-dependente, temporário da atividade muscular deixando os músculos não funcionais sem que haja efeitos sistêmicos. (6)

Sua aplicação só foi liberada para os cirurgiões dentista devido seu conhecimento anatômico de cabeça e pescoço, devendo este ser cauteloso durante a aplicação e ter um treinamento específico. Deve-se utilizar até 2,5 unidades para 0,1cc quando são casos moderados a severos, injetadas no máximo em quatro locais. (5)

Para realização da técnica de aplicação da BTX, deve-se analisar o formato do rosto do paciente, para adequar a terapia, a fim de reconhecer a anatomia muscular correta do local e evitar possíveis complicações em caso de aplicação em zonas de risco. Para que isso não ocorra foram determinados pontos estratégicos, os quais foram traçados círculos com um raio de 1 cm em cada local e destes formou-se uma área triangular, sendo o centro do triângulo o local onde se passa os três vetores musculares dos músculos levantador do lábio superior, levantador da asa do nariz e zigomático menor. Sendo o centro deste triângulo conhecido como “Ponto de Yonsei”, o local correto para aplicação da BTX. (4)

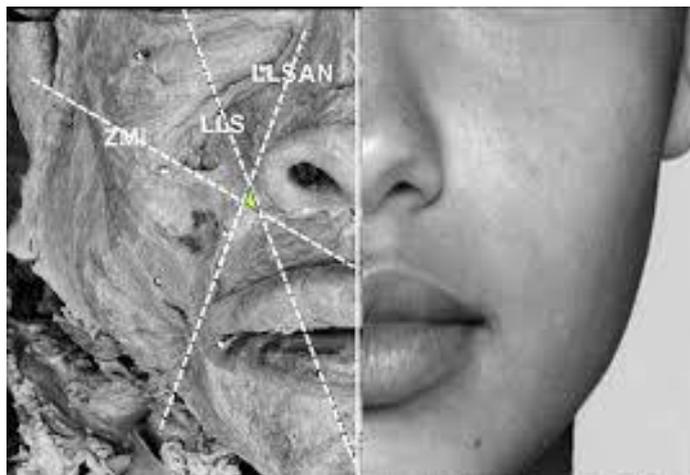


Figura 1: Representativa orientação muscular ZMi, LLS e LLSAN. Em amarelo área ideal de aplicação da toxina botulínica com finalidade de controlar a hiperelevação do lábio superior.

O protocolo de tratamento a ser seguido:

- Realizar uma anamnese da saúde geral do paciente.
- Fazer um exame inicial e avaliar se apresenta uma exposição gengival acima de 3 mm.
- Pegar a assinatura do paciente e se ele está de acordo com o Termo de consentimento antes de iniciar o procedimento.
- Fotografar o caso.
- Realizar higienização da face.
- Demarcar os pontos estratégicos para que não ocorra erro na aplicação.

Passar anestésico tópico no local EMLA (lidocaína 25mg/g, prilocaína 25mg/g AstraZeneca).

- Aplicação da BTX (A) no “Ponto de Yonsei”.
- Passar recomendações para o paciente como não abaixar a cabeça por 4 horas, realizar atividades físicas após 24 horas e não comprimir a área de aplicação.

- Agendar o paciente para retorno após 15 a 30 dias e tirar fotografias finais.

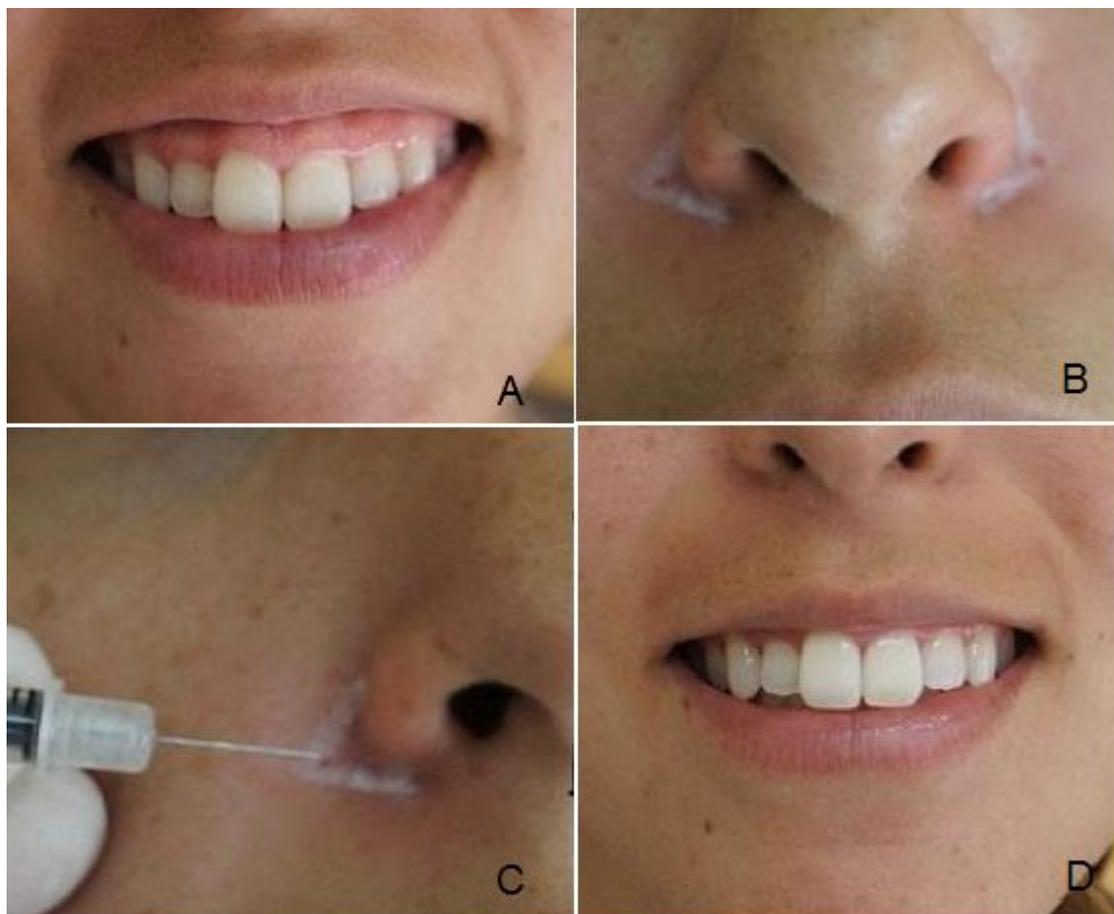


Figura 2: A. paciente apresentando sorriso gengival. B. Marcação para aplicação da toxina botulínica. C Aplicação da toxina botulínica no ponto de Yonsei. D. Resultado após aplicação da toxina Botulínica.

Após a aplicação, os efeitos serão observados entre um a três dias, tendo o efeito máximo em duas semanas após esse período, os níveis permanecem moderados até a recuperação do nervo que ocorre entre 3 a 6 meses, necessitando de uma nova aplicação, uma vez que o enfraquecimento da atividade muscular é temporário. (6)

Porém, em contrapartida, o seu uso pode causar possíveis complicações como reações alérgicas, dor de cabeça, edema e dor onde foi feita a aplicação, náuseas, hipoestesia transitória, xerostomia, alteração de voz, e paralisia dos nervos adjacentes sendo necessário o conhecimento extremo das estruturas

de cabeça e pescoço. Em casos mais graves, a toxina pode causar um envenenamento que pode ser fatal, o botulismo, por isso é tão importante sua utilização por profissionais aptos e capacitados. (6)

Alguns estudos ajudaram o avanço da toxina na odontologia como o de Polo (2005), que realizou um estudo onde utilizou a BTX-A em cinco pacientes com o intuito de descobrir se essa toxina apresentava algum efeito quando aplicada em pacientes que apresentavam hiperfunção do músculo elevador do lábio superior, onde ele pode observar uma melhora significativa na exposição gengival após a aplicação, relatou também que o efeito foi transitório necessitando de novas aplicações após algum tempo. (3)

Segundo Indra (2011), ela pode observar que a TBX-A está sendo uma alternativa muito procurada pelos pacientes quando o assunto é sorriso gengival, ainda mais por ser uma alternativa minimamente invasiva. (3)

Assim podemos concluir que o cirurgião dentista possui amplo conhecimento das estruturas anatômicas de cabeça e pescoço, por isso, dentre os recursos que podem e/ou devem ser utilizados por ele, está a toxina botulínica, uma técnica que deve ser feita com segurança e de forma conservadora, sempre respeitando os limites da sua utilização e possuindo treinamento específico.

Embora seja de efeito temporário, a BTX-A é um procedimento seguro e eficaz, com grande potencial na Odontologia. Seu uso na correção de alguns casos de sorriso gengival está em ascensão, por ser uma técnica pouco invasiva e não necessitar de intervenções cirúrgicas, porém, só pode ser usado quando a etiologia for hipercontração labial.

2.3.2 Cirurgia ortognática:

Os cirurgiões dentistas até as últimas décadas não realizavam cirurgias mais complexas relacionadas a deformidades da maxila, devido a sua anatomia e receio em relação a vascularização insuficiente na região após o procedimento cirúrgico. Estudos realizados por Bell revelaram que a cirurgia na maxila é um procedimento comum que não apresenta tantas complicações como acreditavam. (7)

A cirurgia ortognática promove uma melhora não só na estética do paciente como nas deformidades ósseas apresentadas, aumentando assim a auto estima do paciente e dando a ele um sorriso mais harmônico e agradável perante a visão de uma sociedade. Ao procurar tratamento, o paciente deverá passar por várias avaliações realizadas pelos profissionais para se chegar ao melhor diagnóstico. (8).

Quando o paciente é diagnosticado com padrão face longa, o que mais influencia a procura por tratamento odontológico é o excesso de gengiva exposta ao sorrir, fugindo dos padrões estéticos ditados pela sociedade. (9)

Esses pacientes apresentam uma discrepância no crescimento vertical da face, assim não ocorre o correto selamento labial sendo uma discrepância que podemos observar em uma visão frontal do paciente. Por esse motivo a maioria dos casos são notados precocemente. (10)

Para a correção dessas deformidades o procedimento mais indicado é a cirurgia ortognática e a ortodontia, para ambas deve-se esclarecer para o paciente todos os procedimentos realizados pré e pós-cirúrgicos para que não tenha possíveis dúvidas em relação a valores, tempo de tratamento, complicações cirúrgicas e resultados. (11)

Assim, a cirurgia ortognática visa melhorar esta relação entre os maxilares, estabelecendo um equilíbrio entre o crânio e a face, favorecendo não só a estética do paciente, mas as funções como a mastigação, a fonética e a respiração. Para chegar no objetivo final do tratamento como planejado deve se ter uma interação e confiança entre os profissionais de cada área com o paciente. Deve-se avaliar o motivo do paciente ter procurado o tratamento e como ele imagina que será o resultado, para que não ocorra frustrações no final do tratamento. Sempre questionar se esta decisão foi uma escolha do próprio ou se houve influências familiares e de outros profissionais, deixando claro que será uma escolha irreversível após o procedimento cirúrgico. (8)

Para iniciar o tratamento cirúrgico é necessário realizar análise facial, avaliar a oclusão, cefalometria e modelos de gesso para confecção do guia cirúrgico. Após a avaliação do cirurgião juntamente com o ortodontista devem verificar a futura oclusão, se o plano oclusal está o mais estável possível e se

as interferências oclusais não serão fatores de promoção de instabilidade, desvios e possíveis recidivas. (8)

Em paciente com deformidade horizontal da maxila deverá ser feita uma osteotomia Le Fort I associada a ostectomia, onde deve ser avaliado antes do procedimento a exposição dos incisivos do paciente em repouso, desta medida deve-se diminuir 2 mm sendo a medida necessária a remover de osso, ocorrendo assim uma diminuição maxilar após a cirurgia, apresentando uma maior modificação da estética da face do paciente. (7)

Os procedimentos cirúrgicos serão:

- Anestesia geral.
- Incisão no fundo do sulco vestibular de segundo molar (17) a segundo molar (27).
- Deslocamento do retalho.
- Demarcar a linha de osteotomia sendo de 3 a 5 mm acima das raízes dos caninos.
- Acima da linha de osteotomia inicial, demarcar outra linha paralela referente a quantidade de osso a ser removido.
- Com motor e brocas com refrigeração realizar a osteotomia onde a região posterior deve-se remover uma porção óssea maior que a anterior.
- Com cinzel e martelo remover a porção óssea desejada.
- Adaptar o guia cirúrgico à maxila e mandíbula posicionando no local desejado.
- Fixar a maxila com mini placas nos pilares zigomáticos ou pilares caninos.
- Na maxila utiliza duas placas em cada hemi-arcada com dois parafusos em cada extremidade da placa.
- Sutura em planos com fio absorvível.

- Administrar antibiótico antes da cirurgia com suspensão após 24 horas. Corticoides para diminuição do edema, analgésicos e anti-inflamatórios durante três dias. (7)

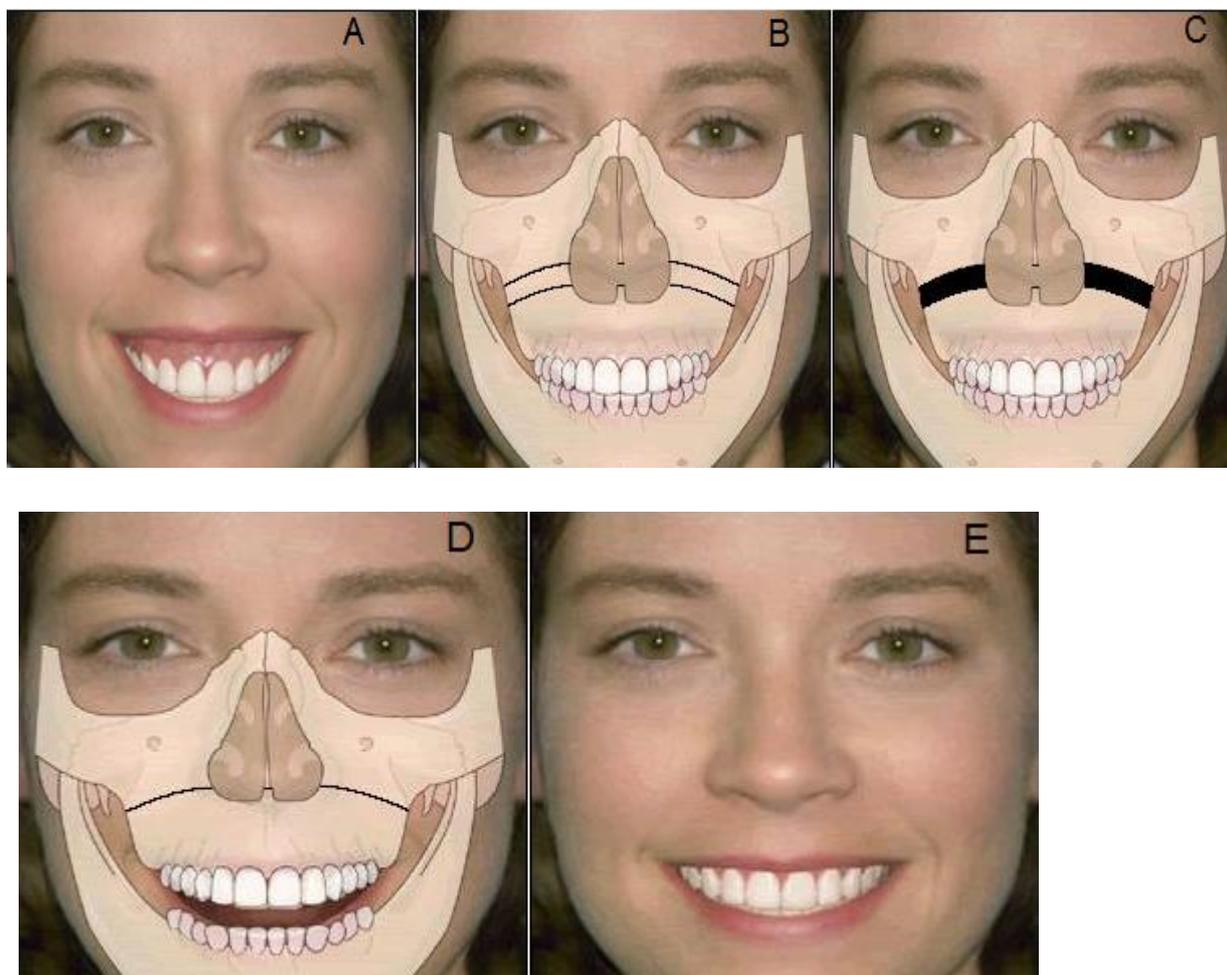


Figura 3: A. Paciente antes de iniciar o tratamento. B. Demarcação das linhas onde serão realizadas osteotomia. C Quantidade de osso que será removido durante cirurgia ortognática. D. Fixação da maxila. E. Resultado final.

O cirurgião deve ser cauteloso ao diagnosticar seu paciente sempre informando todas as possibilidades de tratamento e ao decidirem pela cirurgia ortognática e ortodontia, deve-se deixar claro todos os procedimentos que serão realizados e não criar uma expectativa junto ao paciente, uma vez que o resultado obtido após a cirurgia pode não ser o esperado pelo paciente. Assim teremos satisfação entre ambas as partes.

2.3.3 Arco de Burstone:

Pacientes com sorriso gengival, lábio superior curto, que não apresentam adequado selamento dos lábios e defeitos na inclinação dentária podem lançar mão de uma técnica ortodôntica que consiste basicamente na intrusão dos incisivos superiores. O arco de intrusão foi apresentado por Charles Burstone em 1950, e permite que pacientes com excesso de gengiva melhorem a estética do sorriso, além de apresentar outras vantagens como a correção da sobre mordida profunda. (12)

Segundo Burstone, " a correção da mordida profunda por intrusão dos dentes anteriores é muito vantajoso, inclui controle simplificado da dimensão vertical além de permitir a rotação anterior da mandíbula contribuindo para a correção de más oclusões." (12)

A ortodontia tem buscado incansavelmente mecânicas de excelência, competentes, rápidas e com controle dos efeitos colaterais, uma vez que os aparelhos pré-ajustados tem uma imperfeição biomecânica que acarreta o aumento da sobremordida e perda de ancoragem no aspecto ântero-posterior. Para que ocorra a amenização desses efeitos indesejáveis foram empregadas algumas estratégias que repararam a mordida profunda sem que fosse necessário a inclusão de opções mais invasivas como técnicas cirúrgicas. (13)

Essas estratégias baseiam-se na distinção do padrão de face de cada paciente, e são elas: extrusão ou distalização dos dentes posteriores, inclinação vestibular dos dentes anteriores e intrusão de incisivos. (13)

A extrusão de dentes posteriores pode ser uma opção inviável em determinados casos, pois acarreta em demasiada exposição dos incisivos e aumento da distância entre os lábios resultando em agravamento do sorriso gengival. Já a intrusão dos incisivos superiores foi eleita o tratamento de predileção para pessoas de face longa, pois proporciona ao ortodontista o controle dos efeitos secundários após a correção da mordida profunda. (13)

A mecânica de intrusão pura dos dentes anteriores consiste do movimento apical que intrui e aumenta a inclinação axial dos incisivos, tendo efeitos significativos também nos dentes posteriores. A criação do arco de

Burstone foi revolucionária na ortodontia, amenizando grandes efeitos colaterais que eram causados pelo uso de arcos contínuos, que apresentavam como grande limitação as forças muito pesadas e sem controle de inclinação e magnitude, que muitas vezes resultava em reabsorção radicular, associada a outros fatores. (14)

O arco de intrusão apresenta como princípio básico medir e calcular cuidadosamente a força que será aplicada, sendo ela leve e constante, sempre dispondo de mecanismos previsíveis, o que impedirá que a força seja maior do que o previsto, evitando problemas indesejáveis, como a inclinação de molares. Sua técnica tem se mostrado extremamente científica por comprovar seu ótimo controle de movimentos dentários, o que permite ao ortodontista desenvolver o plano de tratamento baseado nos objetivos que ele visa para cada paciente, individualmente. Outra vantagem de se confeccionar um arco de Burstone é seu custo relativamente baixo, quando comparado aos demais arcos, pois é composto de um fio de beta-titânio chamado TMA, que por ser mais maleável permite a realização de dobras e o controle da magnitude das forças. (12)

A técnica para a confecção de arco de intrusão proposto por Burstone requer do cirurgião dentista mais que o entendimento básico da ortodontia clínica. Deve-se analisar os aspectos faciais, posição de linha média e dos incisivos, forma e largura do arco, plano oclusal, quantidade de gengiva exposta e muitos outros fatores que individualizam o paciente, permitindo o desenvolvimento de um plano de tratamento específico e focado no objetivo desejado. O que nos mostra que nem todos os casos são tratados da mesma maneira e com os mesmos mecanismos. (15)

A técnica do arco segmentado divide o arco superior em três partes, sendo elas, o segmento posterior de ancoragem, que é composto pelos dentes posteriores, o segmento anterior, que é feito com fio rígido e é composto pelos incisivos superiores, sendo o segmento que receberá a força, e por fim, o arco de intrusão, que ao ser ativado cria uma força intrusiva sobre os incisivos e de reação no sentido oposto. (14)

“Burstone (1977) define princípios biomecânicos para a intrusão, como controle da intensidade e da força, ponto de aplicação da força, a fim de

promover apenas movimentos intrusivos nos quatro incisivos anteriores superiores.” O movimento de intrusão é um desafio na ortodontia pois requer grande atenção no controle sob a quantidade de força que deve ser aplicada sobre os incisivos. O objetivo do arco segmentado de intrusão proposto por Burstone é intruir os dentes anteriores com a força adequada, evitando assim, efeitos colaterais como a reabsorção radicular e inclinação errada dos molares. (14)

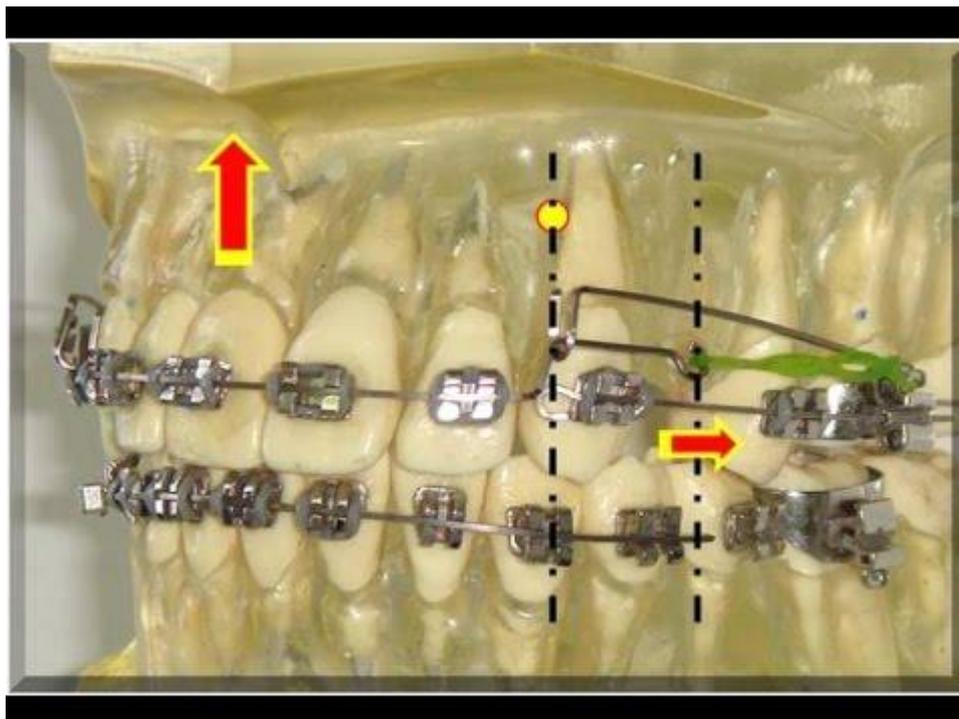


Figura 4: Montagem do arco segmentado para intrusão com controle de torque.

Apresenta-se efetivo e muito vantajoso, destacando-se como uma útil ferramenta no controle mecânico sagital e vertical, aplicando forças estaticamente determinadas e pré-calculadas, requerendo mínimos ajustes posteriormente. (16)

2.3.4 Gengivectomia:

A estética é influenciada pelos valores culturais, econômicos e sociais, onde a busca pelo sorriso harmônico vem sendo crescente, onde o cirurgião dentista deve estar atento as expectativas do paciente e a simetria das estruturas como gengiva, lábios e dentes. (17)

Uma das principais procuras pela estética do sorriso são quando apresentam uma exposição excessiva de tecido gengival ao sorrir, irregularidades no contorno gengival e quando os dentes anteriores são curtos. Sendo necessário realizar cirurgias plásticas periodontais. (18)

Esse crescimento gengival que ocorre em direção coronal e em áreas papilares, pode resultar em um sorriso gengival e também recobre uma parte da coroa clínica tornando o sorriso não harmônico. Assim devemos recorrer aos procedimentos terapêuticos que são: gengivoplastia, gengivectomia e cirurgias plásticas periodontais. (19)

O crescimento gengival apresenta várias etiologias sendo elas: Hiperplasia gengival medicamentosa, erupção passiva alterada, coroas clinicas curtas, periodontite, gengivite, excesso vertical de maxila, dentes normais com crescimento ósseo aumentado e lábio superior curto. (18)

A principal indicação para pacientes que apresentam o aumento gengival é a cirurgia ressectiva estética denominada gengivectomia. Pela técnica é possível ter uma melhora na estética através da remoção do tecido hiperplásico e exposição maior da coroa dentária. Conseguindo diminuir o sorriso gengival e melhorando a proporção dos dentes. Chegando a um harmonia entre todas as estruturas. (17)

Antes de realizar o tratamento é preciso que o cirurgião dentista seja claro e preciso com seu paciente em relação a melhora na higienização, após as instruções básicas de higiene oral, é necessário uma medica profilática antes de realizar a cirurgia. (17)

Técnica para cirurgia de gengivectomia:

- Assepsia externa dos terços médio e inferior da face.
- Anestesia dos nervos infra-orbitário bilateral.
- Aferição das profundidades da bolsa gengival, marcar a quantidade de gengiva em milímetros que deseja ser removido com sonda milimetrada.
- Incisões em bisel inverso foram realizadas, contornando a margem cervical, criando um colarinho de tecido mole.
- Incisões intra-sulculares foram confeccionadas a fim de liberar este colarinho que foi removido com curetas de Goldman-Fox número 2.
- Usar o descolador de Molt, para expor tecido ósseo.
- Realizar osteotomia e a osteoplastia com cinzéis Ochsenbein e Microchsenbein.
- Reposicionar o retalho, finalizando com a sutura em colchoeiro vertical.
- Colocar cimento cirúrgico e realizar a prescrição pós-operatória de analgésico e antiséptico bucal.
- A sutura e o cimento cirúrgico serão removidos após 07 dias, e o controle pós-operatório realizado por 90 dias até estar concluído a cicatrização da área. (19)

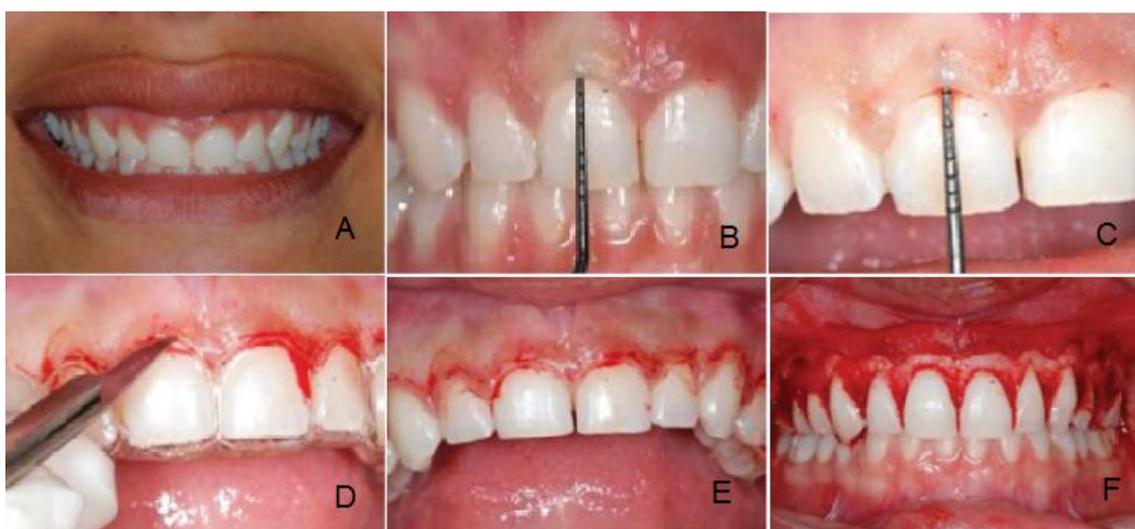


Figura 5: A. Sorriso da paciente no dia que procurou atendimento. B Localização da JCE por meio de sondagem. C Sondagem até o nível ósseo. D Confecção das incisões margeando o guia cirúrgico. E Colarinho pronto após a

confeção das incisões intra-sulculares. F Retalho total rebatido antes da osteotomia/osteoplastia.



Figura 6: A Osteotomia/osteoplastia realizada devolvendo espaço para a conformação das distâncias biológicas. B Pós-operatório imediato. Observar procedimento de dermoabrasão gengival realizado. C Sorriso antes do procedimento. D Sorriso final.

A gengivectomia da região anterossuperior deve ser planejada corretamente para que não ocorra complicações pós operatórias como: frestas interproximais, perda da papila gengival, prolongamento excessivo das coroas clinicas, coroas clinicas diferente e alterações fonéticas. Concluindo assim que a gengivectomia dentro da periodontia é um procedimento de fácil execução desde que planejado anteriormente, de grande importância para estética e na saúde periodontal, oferecendo resultados favoráveis para o cirurgião dentista e principalmente para o paciente. (17)

Quando o cirurgiões se depararem com casos clínicos de sorriso gengival deve ser criterioso no seu diagnóstico e planejamento devido aos múltiplos fatores que podem levar ao surgimento do sorriso gengival. E sempre buscar as expectativas do paciente durante todo tratamento. (18)

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O propósito principal deste trabalho foi de investigar e apresentar as causas, diagnósticos e possíveis tratamentos para o excesso de gengiva exposta ao sorrir, mais conhecido como sorriso gengival, condição que não é bem aceita por não atender aos padrões de beleza impostos pela sociedade. Dentre as modalidades de tratamento indicadas para cada caso, destacam-se a cirurgia ortognática, a toxina botulínica o arco de intrusão proposto por Burstone e a gengivectomia, porém, o profissional deve avaliar a causa do problema, o diagnóstico correto da etiologia presente em cada caso e determinar o tratamento adequado individualmente.

REFERÊNCIAS

1. SEIXAS R.M.; PINTO R.A.C.; ARAUJO T.M.; Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival, *Dental Press J Orthod*, 2011; 16(2):131-57.
2. MACEDO A.C.V.B. et al. O sorriso gengival: tratamento baseado na etiologia uma revisão da literatura, *Braz J Periodontol*, 2012; 22(4).
3. MARCIANO A. et al. Toxina botulínica e sua aplicação na odontologia. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 2014, 4(1): 65-75.
4. MAGRO A.K.D. et al. Tratamento do sorriso gengival com toxina botulínica tipo A: relato de caso. *RFO, Passo Fundo*, 2015, 20(1): 81-87.
5. OLIVEIRA M.T, MOLINA G.O, MOLINA R.O. Sorriso gengival, quando a toxina botulínica pode ser utilizada. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 2011, 32(2): 58-61.
6. CARVALHO R.C.R. et al. O uso da toxina botulínica na odontologia.
7. SOUZA L.C.M. et al. Cirurgia ortognática e orthodontia. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda.,1998;1º edição:159-171.
8. RIBAS M.O, et al. Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgões bucofaciais.*Rev. Dent.Press.Ortodon.Ortop.Facial*, 2005,10(6).
9. SILVA A.A.F et al. Face longa: tratamento cirúrgico ortodôntico. *Ver. Bras. Cir. Craniomaxilofac*,2011; 14(3): 172-5.
- 10.. MARTINS G.A.S. et al. Padrão facial e indicação de cirurgia ortognática. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, jan./mar. 14(1): 75-82.
- 11.. LAUREANO FILHO J.R. et al. Alterações estéticas em discrepâncias anteroposteriores na cirurgia ortognática. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*,2005;5(1): 45 - 52.
- 12.FARIAS, MAJA R.Q. Correção da sobremordida profunda por intrusão dos incisivos. 2010,p.1-44.
- 13.ALMEIDA M.R. et al. Padronização na confecção do arco de intrusão.*Rev. Clín. Ortodon. Dental Press*, 2007;6(3).
- 14.CASTRO, ANGELITA S.M., Controle da mordida profunda. 2010;p.1-26.

15. <http://blog.naeo.com.br/tecnica-do-arco-segmentado-foi-proposta-por-burstone/>
16. BENEDICTO E.N. et al. Intrusão dos dentes anteriores. RGO - RevGaucha Odontol., 2011; 59(4):639-642.
17. OLIVEIRA S.A.R, VENTURIM R.T.Z.; Cirurgia periodontal ressectiva valorizando o sorriso gengival: relato de caso Colloquium Vitae, 2012 4(2): 118-128.
18. SOUSA S.J.B. et al.; Cirurgia Plástica Periodontal Para Correção de Sorriso Gengival Associada à Restaurações em Resina Composta: Relato de Caso Clínico. Rer. Odontol. Bras. Central 2010;19(51)
19. PIRES C.V., SOUZA C.G.L.G., MENEZES S.A.F.; Procedimentos plásticos periodontais em paciente com sorriso gengival: relato de caso. R. Periodontia - 20(1):48-53

LISTA DE FIGURAS

1. Representativa orientação muscular ZMi, LLS e LLSAN. Em amarelo área ideal de aplicação da toxina botulínica com finalidade de controlar a hiperelevação do lábio superior.....11

2. A. paciente apresentando sorriso gengival. B. Marcação para aplicação da toxina botulínica. C Aplicação da toxina botulínica no ponto de Yonsei. D. Resultado após aplicação da toxina Botulínica..... 12

3. Paciente antes de iniciar o tratamento. B. Demarcação das linhas onde serão realizadas osteotomia. C Quantidade de osso que será removido durante cirurgia ortognática. D. Fixação da maxila. E. Resultado final..... 16

4. Montagem do arco segmentado para intrusão com controle de torque..... 19

5. A. Sorriso da paciente no dia que procurou atendimento. B Localização da JCE por meio de sondagem. C Sondagem até o nível ósseo. D Confecção das incisões margeando o guia cirúrgico. E Colarinho pronto após a confecção das incisões intra-sulculares. F Retalho total rebatido antes da osteotomia/osteoplastia.....21

6. A Osteotomia/osteoplastia realizada devolvendo espaço para a conformação das distâncias biológicas. B Pós-operatório

imediate. Observar procedimento de dermoabrasão gengival realizado. C Sorriso antes do procedimento. D Sorriso final.....22